

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Hermany, Ibirubá/RS**

**Aracelis Piñeda Londres**

**Pelotas, 2015**

**Aracelis Piñeda Londres**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Hermany, Ibirubá/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mônica B. C. Vohlbrecht

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

L847m Londres, Aracelis Piñeda

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Hermany, Ibirubá/RS / Aracelis Piñeda Londres; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a minha família, em especial a meus pais, pelo apoio incondicional que recebi deles, para assim poder continuar trabalhando neste grande país, contribuindo para melhorar os índices de saúde e qualidade de vida da população.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora do curso, Mônica, pelo apoio incondicional oferecido neste período, no qual aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para nossa profissão, pela ajuda na execução deste projeto de intervenção. À equipe de saúde toda, aos líderes da comunidade, aos gestores. Também agradeço aos profissionais de saúde de nossa ESF, que sem os quais teria sido impossível executar o projeto de intervenção no contexto da prática.

## Resumo

LONDRES, Aracelis Piñeda. **Melhoria da atenção à saúde de indivíduos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na ESF Hermany, Ibirubá/RS.** 2015. 81f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família Hermany, em Ibirubá, RS, Brasil. A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uns dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. A intervenção surge no momento em que o serviço não tem registros de monitoramento e nem toda a população-alvo tem fichas-espelho, prontuários ou cadastramento na Estratégia de Saúde da Família, o seguimento e controle para os usuários hipertensos e diabéticos é irregular, surgindo a necessidade de aumentar a cobertura e qualidade da atenção a este grupo da população. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de abril a julho do ano 2015, tendo como objetivo melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, sob orientações dos protocolos do Ministério da Saúde, como também por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Foi elaborado um cronograma com as atividades a serem realizadas em cada semana da intervenção e os envolvidos (médico da comunidade, técnica de enfermagem, agentes de saúde, e os gestores municipais). Após o início da intervenção, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde foi de 100% (365) e a cobertura do programa de atenção ao diabético foi de 87,8% (79). Foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis abordadas na intervenção. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção não conheciam sobre a doença de base, o que fragilizava o processo do autocuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhora significativa, tanto no nível de conhecimento, como na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com consequente melhora da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças. Houve melhora da organização do serviço, dos agendamentos e as consultas programadas, além do acolhimento aos usuários. A equipe conheceu várias realidades das comunidades, o que possibilitou a sensibilização, união, comprometimento e responsabilidade no que se tornou praticamente uma família, uns cuidando dos outros.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: ESF Hermany-“Unidade Básica de Saúde João Batista Alves”, Ibirubá/RS, 2015.	10
Figura 2	Fotografia: Atendimento médico aos usuários do programa.	44
Figura 3	Fotografia: Atividades de grupo de saúde da ação programática.	45
Figura 4	Fotografia: Equipe de saúde da ESF Hermany.	47
Figura 5	Gráfico: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde. Ibirubá/RS, 2015.	50
Figura 6	Gráfico: Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na Unidade de Saúde. Ibirubá/RS, 2015.	51
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo. Ibirubá/RS, 2015.	52
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Ibirubá/RS, 2015.	52
Figura 9	Gráfico: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ibirubá/RS, 2015.	53
Figura 10	Gráfico: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ibirubá/RS, 2015.	54
Figura 11	Fotografia: Realização de exames em atividade de grupo de saúde.	54
Figura 12	Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ibirubá/RS, 2015.	57
Figura 13	Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ibirubá/RS, 2015.	57
Figura 14	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ibirubá/RS, 2015.	59
Figura 15	Gráfico: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ibirubá/RS, 2015.	59
Figura 16	Fotografia: Atividade de grupo de saúde da ação programática.	61

Figura 17 Fotografia: Atividade com educador físico.



## Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística .....	38
2.3.4 Cronograma .....	41
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados .....	49
4.2 Discussão.....	63
5 Relatório da intervenção para gestores.....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências.....	75
Anexos.....	76

## **Apresentação**

O presente volume apresenta o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNASUS, apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a melhorar a atenção à saúde de indivíduos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na ESF Hermany, Ibirubá, RS.

O texto está organizado em capítulos, considerando a sequência de trabalho proposta pelo Curso em suas Unidades de Aprendizagem, conforme descrevo a seguir: No capítulo 1 apresentamos a Análise Situacional, na qual descrevemos a situação da UBS em relação as características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS, e a estruturação de nosso processo de trabalho.

No capítulo 2 apresentamos a Análise Estratégica, na qual fizemos a escolha do foco da intervenção ou ação programática para intervir, justificamos a escolha, explicamos a metodologia e detalhamento das ações, definimos os objetivos, metas e indicadores da intervenção, a logística ou detalhamento de como íamos realizar a intervenção na prática, no cotidiano do serviço, e descrevemos como será organizado o tempo de 12 semanas para a realização da intervenção.

No capítulo 3 descrevemos o relatório da intervenção, considerando as ações previstas e desenvolvidas ao longo da intervenção que conseguimos realizar, assim como as ações previstas e não desenvolvidas, ou desenvolvidas parcialmente, como também o que influenciou no desenvolvimento ou não das mesmas, além disso, escrevemos sobre a coleta e sistematização de dados, assim como sobre a incorporação das ações a rotina da Unidade Básica de Saúde – UBS.

No capítulo 4 apresentamos a Avaliação da Intervenção, os resultados e discussões destes resultados.

No capítulo 5 escrevemos um relatório para os gestores a fim de expor os resultados alcançados na comunidade com a intervenção, a importância de continuar o trabalho, os problemas enfrentados e demandar sua ajuda.

No capítulo 6 elaboramos o relatório destinado a comunidade sobre a intervenção, explicando o que foi feito durante a intervenção, apresentando os resultados e o que a comunidade ganhou com a intervenção, a incorporação das ações a rotina do serviço e como podem apoiar o serviço.

Encerramos o trabalho no capítulo 7 fazendo uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem que ocorreu com a realização da intervenção e do curso de especialização em saúde da família.

## 1 Análise Situacional

### 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Faço parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Hermany, município Ibirubá, que abrange dois bairros com uma população de 262 famílias e com população rural demais 519 famílias. Temos cobertura de 9,5% da população do município, ou seja, 2.397 pessoas. A área da ESF é constituída por oito microáreas de agentes comunitários de saúde sendo duas microáreas localizadas na zona urbana e seis na zona rural.

A equipe da ESF Hermany fica na Unidade de Saúde Vila Hermany, denominado “Unidade Básica de Saúde João Batista Alves”, situada na rua General Osório, bairro Hermany. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é composta pela enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de limpeza, oito agentes comunitários de saúde e uma médica.



Figura 1: ESF Hermany-“Unidade Básica de Saúde João Batista Alves”, Ibirubá/RS, 2015.

A estrutura física contempla um consultório individualizado para consulta médica, um consultório com banheiro utilizado pela enfermeira, uma sala de procedimentos utilizado para verificação dos sinais vitais, sala de esterilização, sala de expurgo, banheiro coletivo, banheiro para cadeirante, dois banheiros para funcionários da UBS, uma farmácia, uma cozinha, área de serviço, sala de educação permanente onde são feitas as reuniões e atividades de grupo, uma sala de imunizações que ainda não está em funcionamento, pois faltam os móveis necessários, uma recepção e quarto de depósito.

A ESF onde eu trabalho é considerada a principal porta de entrada para a população da área adscrita ao Sistema Único de Saúde no município. Os profissionais integrantes da equipe da Saúde da Família fazem o acolhimento e atendimento aos usuários e quando houver necessidade de encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade os usuários são encaminhados a Secretaria Municipal de Saúde, para agendamento e transporte ao serviço solicitado ou imediatamente encaminhados a um dos hospitais de referência.

O atendimento médico na UBS abrange todas as faixas etárias e grupos de risco e é realizado através de consultas de livre demanda, agendamento de exames e da população idosa. Além disso, são realizadas visitas domiciliares um turno por semana e 3 grupos de saúde no mês. A Unidade oferece exames preventivos de câncer de colo de útero realizados duas vezes por semana e teste rápido para HIV, sífilis, Hepatites B e C.

Temos na farmácia da Unidade os medicamentos básicos de uso contínuo, bem como analgésicos e antitérmicos e antiinflamatórios. Os antimicrobianos e psicotrópicos são dispensados exclusivamente na Secretaria de Saúde, devido a exigência da presença do profissional farmacêutico. De acordo com a demanda a equipe da ESF junto com o farmacêutico responsável pela farmácia fazem o gerenciamento dos medicamentos.

As reuniões da equipe são feitas uma vez por semana onde são discutidos assuntos pertinentes para melhorar o trabalho e é feita educação continuada através de treinamentos. A nossa equipe desenvolve muitas ações na atenção básica:

- Programação e implementação das necessidades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

- Desenvolvemos ações que priorizam os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.

- Incentivamos a participação coletiva nos processos de gestão, buscando melhoria dos modelos de atenção.

- Realizamos atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade de locomoção até a unidade de saúde que necessite de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de recursos de saúde.

- Desenvolvemos ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva na busca por uma melhor qualidade de vida dos usuários.

- O acolhimento se realiza com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade da assistência resolutive à demanda e o primeiro atendimento as urgências.

- Promovemos atenção integral, continua e organizada a população adscrita.

O relacionamento entre a equipe de trabalho e eu é harmônica refletindo na organização do ambiente de trabalho, trazendo a satisfação do usuário e bom andamento da saúde do município.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

No município de Ibirubá-RS, a população é de 19.311 habitantes (IBGE, 2010), sua rede de saúde é composta por três Unidades Básicas de Saúde (UBS) como ESF e três unidades tradicionais, ainda não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o mesmo está em processo de formação. Ainda conta com o Centro de Especialidades Odontológicas, que está em constante desenvolvimento e atende toda a população do município. Quanto à disponibilidade de atenção especializada, existe a oferta de ginecologia e obstetrícia, pediatria, psicólogo, nutricionista e clínico geral, sendo que todos prestam atendimento junto a Secretaria de Saúde do município.

Também existem profissionais nas especialidades de cardiologia, pneumologia, endocrinologia, traumatologia, gastroenterologia, urologia, psiquiatria, oftalmologia, neurologia, otorrinolaringologia e dermatologia que atendem por convênios, planos de

saúde, ou então, consultas particulares. Há disponibilidade de serviços hospitalares, tais como: internação, cirurgia, parto e emergência.

No que se refere a exames complementares e necessários, tem-se no município, três laboratórios bioquímicos, onde são realizados exames através de convênios com a Prefeitura Municipal e outros particulares. Também, tem-se serviços prestados por uma empresa privada, que possui convênio com a Prefeitura e outros planos de saúde que realizam exames de ultrassonografia, tomografia, mamografia e Raio-X.

A UBS do Bairro Hermany, localizada na zona urbana do município, tem como objetivo proporcionar soluções aos problemas de saúde da área de abrangência, sem que haja necessidade de encaminhamento para hospitais de maior complexidade. Não há vínculo com instituições de ensino, o modelo de atenção é do tipo ESF.

Nesta unidade conta-se com uma equipe composta pela enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma médica e oito agentes comunitárias de saúde. O relacionamento entre a equipe de trabalho é harmônica, refletindo na organização do ambiente de trabalho, trazendo a satisfação do usuário e bom andamento da saúde no município.

A estrutura física contempla um consultório individualizado para consulta médica, um consultório com banheiro, para enfermeira, uma sala de procedimentos com verificação de sinais vitais, sala de esterilização, sala de expurgo, banheiro coletivo, banheiro para cadeirante, dois banheiros para funcionários da UBS, uma farmácia, uma cozinha, área de serviço, sala de educação permanente onde são feitas as reuniões e atividades de grupo, uma sala de imunizações que ainda não esta em funcionamento, pois faltam os móveis necessários, uma recepção e sala de depósito.

Na entrada da Unidade tem uma rampa de superfície lisa que não tem boas condições o que dificulta o acesso à unidade pelas pessoas cadeirantes ou deficientes, não tem escada. Os banheiros, tanto para deficientes, quanto para os trabalhadores da Unidade e os usuários, possuem boas condições estruturais. A cozinha é pequena, mas atende a finalidade.

Os prontuários ficam numa estante ou armário na sala de recepção, que é junto à sala de espera, por isso não existe segurança, que é de fundamental importância, pois são documentos legais e tem de estar num lugar ao qual só tenha acesso o pessoal qualificado e autorizado da UBS.

A farmácia tem espaço adequado e suficiente para a organização de todos os medicamentos que chegam a unidade de saúde, com balcão em ótimas condições e boa ventilação do ambiente. Há disponibilidade de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, já as medicações controladas são fornecidas apenas pela unidade central.

Os consultórios, que tem um ótimo espaço físico, não têm escadas para macas, sendo que esta situação atrapalha a consulta na hora do exame que exige o usuário deitado. Tem boa iluminação, ventilação, ambiente seguro, condições necessárias para o bom desenvolvimento das consultas.

Não tem geladeira para o teste rápido do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Hepatite. Não existe sala de nebulização, só na sala de procedimentos que tem espaço para isso, sendo que tudo fica junto em um mesmo ambiente, o que resulta em transtorno para o usuário e para o pessoal qualificado para trabalhar nesta área, já que cada uma dessas ações tem que ter seu espaço reservado.

O lixo é recolhido e separado por classificação, sua coleta é feita duas vezes na semana. A UBS conta com recursos materiais de consumo, equipamentos e instrumental, medicamentos e preservativos, só que tem algumas dificuldades com respeito a este tema, principalmente com relação a lanterna e mesa ginecológica que só existe uma na sala da enfermeira o que resulta em transtorno para o usuário. Além disso, não tem megascópio e os exames de Raio-X são relatados, nota-se que é preciso que o médico olhe para ter um resultado adequado e correto encaminhamento da situação.

Existe balança digital, mas não está adequada para avaliar o peso dos usuários e o desenvolvimento das crianças nas consultas de puericultura. A manutenção e reposição dos equipamentos não são feitas na Unidade, o abastecimento de materiais só é realizado na unidade central, que é a secretaria de saúde. Não tem consultório odontológico, mas ele está em projeto para ser feito dentro da Unidade. Não tem estetoscópio neonatal e tensiômetro para examinar as crianças. A sala de vacinas não está equipada, falta de pia com balcão, geladeira, lixeira com tampa e pedal, dessa forma não são feitas as imunizações na Unidade.

Há dificuldade de encaminhamento dos usuários para as consultas especializadas e exames complementares, em virtude do processo ser demorado devido a elevada demanda.



A Unidade fica longe do hospital e do pronto atendimento, dessa forma em caso de uma emergência, uma ferida ou trauma, o usuário não pode se tratar da melhor maneira, já que não há instrumentos de cirurgia para fazer procedimentos de suturas.

O trabalho, no que se refere às respectivas atribuições dos profissionais é bem desenvolvido e organizado. A enfermeira realiza atenção à saúde das famílias cadastradas no domicílio, escolas, associações e demais espaços comunitários, faz consulta de enfermagem, realiza procedimentos, atividades de promoção e prevenção em grupos de saúde e, se for necessário, encaminha usuários, realiza atividades programadas pela UBS, planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe.

As técnicas de enfermagem participam das atividades de atenção à saúde na UBS, no domicílio, escolas e demais espaços comunitários realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão. Também, realizam curativos, tomadas de sinais vitais, entrega de medicamentos, ações de promoção e prevenção, agendamentos de consultas para os diferentes grupos, planificação do trabalho junto com a médica e a enfermeira. Sendo assim, cumprindo todas as suas atribuições.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizam visitas domiciliares, cadastramento da população da sua respectiva área e apresentam nas reuniões, questões relativas à saúde para dar soluções. Promovem a orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e também ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Cumprindo com suas funções, conforme legislação vigente.

Para que haja um atendimento a todas as pessoas da UBS, é definido o mapeamento e territorialização de diferentes áreas de abrangência, para as quais participam a enfermeira, a médica e as ACSs.

Com relação aos atendimentos prestados e o comparecimento aos agendamentos, ressalta-se que, quando o usuário não comparece na consulta, a enfermeira juntamente com a ACS realiza a busca ativa, após a localização, o mesmo é questionado sobre o não comparecimento na UBS. Ao mesmo tempo que a equipe da UBS realiza visitas domiciliares todas as semanas, nas suas respectivas áreas de abrangência, divididas por faixas etárias e grupos de risco, tendo como prioridade os usuários acamados, com limitações físicas e sociais.

Concomitante a isso, existem as reuniões de equipe que ocorrem todas as semanas, onde são discutidos assuntos pertinentes para melhorar o trabalho, é realizada educação continuada através de treinamentos. Além disso, são desenvolvidas atividades de grupo, as quais são feitas na UBS e conduzidas pela enfermeira, médica e as técnicas de enfermagem, considera-se que são realizadas palestras aos usuários sobre diversas questões de saúde previamente definidas, tais como: estilos de vida, doenças crônicas, doenças transmissíveis, meio ambiente, condições sociais e outras.

Infelizmente, depara-se com o descaso dos representantes das Associações de Bairros que pertencem a área adstrita da UBS, no que se refere a interação com a equipe. Essa parceria é de grande importância para organizar o trabalho junto às comunidades. A equipe da ESF abrange dois bairros com uma população de 262 famílias e zona rural com 519 famílias. Tem cobertura de aproximadamente 9,5% da população do município, ou seja, 2.397 pessoas, sendo 1.158 homens e 1.239 mulheres.

A área da ESF é constituída por oito microáreas de agentes comunitárias de saúde, sendo duas delas localizadas na zona urbana e seis na zona rural. O atendimento médico na UBS abrange todas as faixas etárias e grupos de risco e é realizado através de consultas de livre demanda, agendamento de exames, da população idosa e, ainda de puericultura para menores de um ano.

A atenção à demanda espontânea faz parte do atendimento de todos os trabalhadores da UBS, por isso é importante que os profissionais se reúnam com regularidade para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento a demanda espontânea, nesse momento de reflexão é oportuno que a equipe defina a modelagem que a UBS vai utilizar para esta tarefa, quais os instrumentos de trabalho vão utilizar e qual será o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado.

O atendimento se faz através de consultas agendadas para idosos e exames complementares, consultas de demandas espontâneas, visitas domiciliares e grupos de saúde. Além disso, são priorizadas as urgências médicas. Igualmente o acolhimento não se reduz a uma etapa e nem a um lugar, quando o usuário adentra na UBS, seja na recepção, sala de procedimentos de enfermagem ou no consultório, tanto da médica quanto da enfermeira, é realizada a escuta das suas queixas e classificadas de acordo com sua vulnerabilidade e peculiaridades da sua

problemática, sendo o profissional capaz de dar resposta positiva aos usuários e resolução do caso, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias para seu atendimento.

A demanda espontânea de atendimento é sempre bem acolhida, pela enfermeira, técnicas de enfermagem e a médica. O tempo do acolhimento não está bem definido, podendo variar de 05 a 30 minutos, conforme a queixa do usuário. O atendimento e o acolhimento são realizados em dois turnos de trabalho divididos em turno da manhã (4 horas) e turno da tarde (4 horas), de segunda a sexta-feira. A equipe tem conhecimento para avaliação e classificação do risco para definir o que fazer com o usuário e encaminhar dependendo da sua demanda, para consulta, sala de procedimentos ou farmácia. Não há vacinação por falta de móveis e serviços de odontologia.

Relacionado a isso, na UBS é planejada a consulta de puericultura para menores de 12 meses, realizadas um dia na semana, em um turno, infelizmente, ainda não se faz consulta de puericultura para crianças de 12 a 72 meses, já que a ESF começou a funcionar há pouco tempo. No atendimento das crianças, a equipe da ESF realiza visitas domiciliares.

É importante destacar que existe demanda excessiva para atendimento de problemas de saúde agudos para as crianças até os três anos, os quais são da área de abrangência da unidade. Este serviço é realizado mesmo excedendo a capacidade de demanda. A unidade conta com protocolo de atendimento que é utilizado pela equipe para controle populacional de consulta de puericultura.

Para o cuidado das crianças são desenvolvidas ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, prevenção de anemia, violência, promoção de aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis, assim como de saúde mental e bucal, entre outros.

A unidade faz encaminhamentos para diferentes especialidades pediátricas, internação hospitalar, pronto atendimento e pronto socorro. Os atendimentos são registrados em um prontuário clínico e em cada consulta é solicitada a caderneta da criança. Conta-se com o programa Bolsa Família, onde as responsáveis são a enfermeira e a nutricionista, sendo que essa não está atuando na UBS, e sim, na Secretaria de Saúde. Além disso, tem-se outro programa, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que é coordenado pela Nutricionista. De acordo com o caderno de ações programáticas o número de crianças menores de um ano deveria

ser 29 e só tínhamos acompanhados pela UBS 25, significando 86% do total, dado que foi estimado pelas agentes comunitárias de saúde, em conjunto com as consultas feitas pela pediatra do município.

O incentivo ao uso da agenda é fundamental. Além de estreitar os vínculos entre a instituição e a família, legitimam as orientações e solicitações de ambas as partes e faz com que os momentos de chegada e saída transcorram mais tranquilos e atinjam verdadeiramente seu objetivo que é a acolhida afetuosa. Relacionado a isso, considera-se que infelizmente na UBS não se realizam ações de pré-natal. O atendimento e acompanhamento das usuárias se dá por um especialista em obstetrícia, realizados todos os meses, na Unidade Central do Município, durante toda a gestação. De acordo com os dados do caderno de ações programáticas o número estimado de gestantes residentes na área deveria ser de 23 e só tínhamos acompanhadas pela UBS 21, significando 88%, ressaltando que o acompanhamento delas era feito através de visitas domiciliares e pelo obstetra.

Na UBS começou-se a realizar prevenção de câncer de colo de útero, através da coleta de exame citopatológico e ações de prevenção que orientam sobre os malefícios do tabagismo, uso de preservativo em todas as relações sexuais, educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo de útero dentre outras ações que são desenvolvidas pelas técnicas de enfermagem, enfermeira, médica e agentes comunitárias de saúde.

Ao realizar o levantamento certificou-se que a coleta de exame citopatológico feita pela enfermeira é realizada duas vezes na semana, em um turno, nas mulheres que fazem parte da área adstrita da UBS Hermany, através do rastreamento organizado. A periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. Mulheres em grupos de risco (mulheres infectadas pelo HIV ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente. Mulheres hysterectomizadas por outras razões que não o câncer do colo do útero não devem ser incluídas no rastreamento.

Em cada exame citopatológico de colo uterino são investigados em todas as mulheres, os fatores de risco para o câncer. Os atendimentos as mulheres que realizam este exame são registrados em um prontuário clínico e em um livro de registro. Há grupos de mulheres nas escolas, associações de bairros, onde participam a enfermeira e a médica, para melhor conhecimento e interação sobre o assunto.

O programa é avaliado, monitorado e planejado pela enfermeira, sendo que a mesma realiza reuniões sem periodicidade definida, as fontes de dados utilizados para realizar avaliação e monitoramento chama-se SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero. A cobertura sobre o total de mulheres de 25 a 64 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de colo de útero é de 92%.

É preciso melhorar as práticas para obter uma boa coleta de amostras, aumentar os turnos e dias de coleta na semana, para ter um melhor controle de qualidade do programa, fazer visitas domiciliares para as usuárias faltosas, com ajuda da ACS, incentivando-as nas reuniões de equipe sobre ações na prevenção do câncer de colo do útero e na orientação sobre a doença da transmissão sexual, que é um dos principais fatores de risco para o surgimento do câncer de colo de útero.

É necessário estreitar o contato com o grupo de mulheres fazendo com que as mesmas tenham maior responsabilidade com respeito ao resultado das coletas do exame.

Ainda é importante enfatizar que na área de abrangência se faz controle para prevenção de câncer de mama todos os dias da semana, em um turno. São realizadas ações para controle de peso corporal, ações de estímulo à prática regular de atividade física para as mulheres da área de cobertura, orientação sobre os malefícios de uso abusivo de álcool, ações de educação para a mulher, no reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e ações de rastreamento, como o exame físico e requisição de mamografia, que é realizado pela enfermeira e a médica, com apoio das ACS e as técnicas de enfermagem. É importante fomentar a capacitação dos profissionais das UBSs.

Os atendimentos são registrados no livro de registro e prontuário clínico. A fonte de dados para avaliação e monitoramento do controle de câncer de mama é o SIAB (Sistema de informação da atenção básica). A cobertura sobre o total de mulheres entre 50 e 69 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de mama, é de 82%. A grande questão a ser modificada para um bom funcionamento é a agilidade e comprometimento com o trabalho a ser realizado pelas agentes de saúde e enfermeira da UBS.

Como estratégia para não perder o seguimento de mulheres com o exame alterado, tem que incentivar mediante palestras, o autoexame das mamas, que pode

ser feito deitada ou no chuveiro, além de visitar em equipe as usuárias com exame alterado para ter melhor controle da doença.

Outra população que se deve considerar são os portadores de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores dessas patologias da área de abrangência. Também são realizadas ações para controle do peso corporal, de estímulo da prática regular de atividade física de orientação sobre os malefícios de tabagismo e consumo excessivo de álcool. A cobertura dos hipertensos de acordo com o caderno de ações programáticas deveria ser de 535 e só tínhamos acompanhados pela UBS 365 significando 68%; assim como a cobertura dos diabéticos que deveria ser de 153 e só haviam acompanhados pela UBS 90 usuários, o que significa 59%.

São realizados atendimentos para usuários portadores de HAS/DM, todos os dias da semana em um só turno, pela enfermeira, técnicas de enfermagem e a médica. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e o usuário sempre sai da consulta com o agendamento da próxima. Existe demanda e oferta de atendimento para usuários adultos com problemas de saúde agudo devido a HAS/DM, além das consultas programadas. Não existe excesso dessa demanda. É utilizado o protocolo de controle destas doenças, pela enfermeira, a médica e a técnica em enfermagem para os usuários portadores de HAS, produzido pelo MS em 2009 e para DM em 2006.

No cuidado aos adultos portadores de HAS/DM são desenvolvidas ações de imunizações, diagnósticas e tratamento de problemas clínicos em geral, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, saúde mental, importância do cuidado dos pés, para prevenção de úlceras e amputações, garantir o controle mensal da glicose capilar ou pressão arterial nas atividades de educação em saúde ou consultas médicas e de enfermagem.

Utilizam-se protocolos para regular o acesso dos adultos nos outros níveis do sistema de saúde, como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviço de pronto socorro e serviço de pronto atendimento.

A equipe realiza atividades com grupo de adultos com HAS/DM, na associação de bairros, onde os profissionais da equipe explicam como reconhecer sinais de complicações destas doenças. No mês são feitos três grupos de saúde, participando aproximadamente 30% do total de usuários portadores de HAS/DM.

De acordo com os aspectos que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS/DM, a existência de um arquivo para os registros dos atendimentos, onde a equipe pode verificar os usuários faltosos ao retorno programado e identificar adultos com HAS de risco e com problemas em atraso, avaliando a qualidade do programa.

Na UBS realizam-se atendimentos de idosos quatro dias na semana, alternados entre manhã e tarde. Nesses atendimentos participam a médica, as técnicas de enfermagem e a enfermeira. Ao término da consulta o usuário idoso recebe o agendamento da próxima consulta programada. Tem demanda e oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos na área de abrangência. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico. A cobertura estimada de acordo com os indivíduos maiores de 60 anos residentes na área deveria ser de 327, e só tínhamos acompanhados pela UBS 313 representando 96%.

No cuidado aos usuários idosos são desenvolvidas ações de imunizações, promoção de atividade física de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Os profissionais da equipe da UBS avaliam a capacidade funcional, global do idoso, por ocasião do exame clínico, explicam ao idoso ou familiares, como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e depressão.

Os usuários têm cadernetas de saúde que são solicitadas nos atendimentos e os profissionais da equipe preenchem com as informações atuais. Realizam-se atividades com grupos de idosos nas associações de bairros e em outros espaços comunitários.

O cuidado domiciliar aos idosos é realizado pela equipe, uma vez na semana. O levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam do cuidado domiciliar é realizado pelas ACSs. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos realizam reuniões duas vezes ao mês.

Os idosos são bem assistidos na unidade, mas nota-se que eles mesmos estão deixando de desenvolver seu autocuidado, falta um despertar para que eles próprios cuidem da sua saúde. Dentro do possível, devem ser oferecidas oportunidades de participação, interação, educação, lazer, acesso às tecnologias, compartilhar saberes,

e definir estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas individuais e coletivos que possibilitem um atendimento voltado para as reais necessidades de saúde da população, proporcionando melhoria da qualidade de vida.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Os questionários utilizados para escrever a análise situacional auxiliaram muito na escrita dela, pois ajudaram no reconhecimento das dificuldades e facilidades. Comparando o relatório com o texto escrito na primeira semana de ambientação, referente à situação da ESF/APS, podemos observar que temos melhorado no trabalho da UBS e alcançado um grande avanço com o início de meu trabalho na UBS, estabelecemos uma maior organização dos serviços, agendamentos, atendimentos e estrutura da UBS.

Melhoramos quanto às informações oferecidas a população, na disciplina de assistência a consultas e agendamentos, estamos já fazendo os prontuários de muitos usuários que não tinham seguimento na área, assim como melhorando o sistema de informações dos mesmos, invertendo positivamente os indicadores de saúde da mesma, claro que isso ocorrerá mediante um processo contínuo e paulatinamente.

Ainda não temos identificado 100% da população. Independentemente, que ainda falta muito caminho por percorrer e alcançar todas as ações de saúde preventiva em nossa comunidade, temos notado um avance na organização e no trabalho da equipe em relação ao início do trabalho. O relatório foi mais amplo no que se diz respeito às atribuições, a demanda espontânea, a estrutura física, saúde da criança, atenção pré-natal, saúde dos idosos, câncer de colo de útero e de mama, hipertensão e diabetes.

A estrutura da unidade ainda tem que se reforçar com respeito a como deve estar equipada, observa-se que a equipe tem que lutar muito para melhorar a falta de recursos necessários para um bom atendimento da comunidade. Há o dever de informar e deixar a par os gestores de saúde da situação da UBS e cobrá-los por melhorias, não pode-se perder as esperanças por uma Atenção Primária à Saúde (APS) melhor para todos.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O Brasil detém uma forte estrutura para integrar a prevenção e controle do diabetes e hipertensão, com protocolos estabelecidos e um sistema nacional de cadastro de pessoas com diabetes. A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronária. Em combinação com o diabetes representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1977 que, após 15 anos de diagnóstico de Diabetes Mellitus, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, terão nefropatia, 20 a 35% neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde prioriza entre suas ações do Mais Saúde a estruturação de redes de atenção, assim como ações de prevenção e atenção do diabetes e da hipertensão, uma vez que representam para estados e municípios um alto custo, devido ao aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações na população, assim como da morbidade e mortalidade associadas a estas enfermidades.

Os problemas de saúde como a HAS e DM, que demandam atendimento na Atenção Básica (AB) são em geral pouco estruturados, estão relacionados com o modo de viver das comunidades e não respondem favoravelmente somente à oferta de “consultas médicas - exames de apoio diagnóstico – medicamentos”. Para enfrentar e resolver estes problemas as equipes de saúde vem trabalhando de maneira interdisciplinar, utilizando conhecimentos dos vários núcleos profissionais para criar um campo compartilhado de “saber fazer” que contribua para melhorar o quadro de morbimortalidade e a qualidade de vida da população, por meio de uma

clínica ampliada e regulação da atenção especializada e dos serviços de urgência e emergência.

Minha UBS está localizada em uma área urbana. É uma ESF completa, composta por duas técnicas de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde, a enfermeira e a médica, está estruturada por um consultório individualizado para consulta médica, um consultório com banheiro, para enfermeira, uma sala de procedimentos com verificação de sinais vitais, sala de esterilização, sala de expurgo, banheiro coletivo, banheiro para cadeirante, dois banheiros para funcionários da UBS, uma farmácia, uma cozinha, área de serviço, sala de educação permanente onde são feitas as reuniões e atividades de grupo, uma sala de imunizações que ainda não está em funcionamento, pois faltam os móveis necessários, uma recepção e sala de depósito. Temos em nossa área de abrangência 2.397 habitantes identificados atualmente, distribuídas em 262 famílias urbanas e 519 rurais, predominando o sexo feminino (1.239) sobre o masculino.

Em minha população temos uma considerável quantidade de usuários com estas doenças. Atualmente não temos cadastrados 100% dos usuários hipertensos e diabéticos estimados em nossa área de abrangência. Com relação a adesão da população é importante destacar que se faz consulta priorizada para os usuários que portam esta doença, mas infelizmente existem usuários que comparecem a consulta e, posteriormente, quando apresentam melhora nos sintomas abandonam o tratamento, até ter complicações. Tem-se controle mediante os grupos de saúde que são feitos uma vez na semana, sendo quatro grupos ao mês, onde a maior faixa etária é a partir de 50 anos. Além disso, se fazem palestras preventivas destas doenças, para isso contamos com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A intervenção no contexto da unidade é de muita importância, já que a hipertensão e diabetes mellitus constituem um grave problema de saúde no mundo, pelo aumento da incidência de morbimortalidade nos últimos anos (BRASIL, 2013b). Elas são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, que por sua vez afetam a população brasileira. Temos identificado em nossa UBS, uma alta incidência dessas doenças em pessoas que desconhecem seu estado de saúde, ficando expostos a complicações e a morte.

Com esta intervenção, pretendemos chegar a um cadastro atualizado, precocemente, e um seguimento ativo para dessa maneira obter melhor controle

sobre a doença. Também mediante a intervenção pretendemos melhorar o conhecimento da população de sua doença, fatores de riscos e complicações, para assim melhorar a qualidade de atenção à mesma, além de envolver toda a equipe e população nas ações realizadas aos usuários, pretendemos também melhorar o nível de conhecimento da equipe de saúde para o seguimento destas doenças, para prevenir as complicações e diminuir os fatores de riscos, mediante atividades de educação em saúde. Iremos envolver também os gestores de saúde, nossa secretaria de saúde e em parte a prefeitura municipal, para as compras de medicamentos contra o tabagismo. Nesse caso, nosso objetivo é atingir 100% de usuários com hipertensão e 90% com diabetes. Inserindo aqueles que ainda não participam das atividades de grupos que se fazem na UBS.

A equipe determinou esse foco de intervenção para ter melhor controle da doença e evitar futuras complicações, estreitando os laços com os usuários e incentivando a mudar seus hábitos diários de vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus na ESF Hermany, Ibirubá/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 – Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2 – Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 2.3 – Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4 – Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 – Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8 – Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2 – Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% de diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 - Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 - Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 - Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4 - Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na unidade de Estratégia de Saúde da Família Hermany, no município de Ibirubá. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas na área da unidade deveria haver 535 usuários hipertensos e 153 usuários diabéticos. Para isso realizamos previamente o levantamento e busca ativa entre todos os moradores da área de adstrição da unidade e identificamos um total de 365 hipertensos e 90 diabéticos maiores de 20 anos de idade. O cadastro será realizado com ajuda das ACSs. Será utilizado o protocolo para o controle dos indivíduos portadores de Hipertensão Arterial, 2013 e Diabetes Mellitus, 2013 produzido pelo Ministério de Saúde.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Assim, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as

metas e indicadores propostos para a atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade.

### **Eixo de monitoramento e avaliação**

Será realizado o monitoramento e avaliação do número de diabéticos e hipertensos cadastrados no Programa através da ficha espelho, cadernetas de saúde do idoso, prontuário, livro de registro de exames, ficha de atendimento odontológico e livro de registro de visitas domiciliares. A partir desses dados será preenchida a planilha de coleta de dados que quinzenalmente será avaliado pela equipe nas reuniões. Quem ficará responsável pelo preenchimento é a médica da unidade.

O exame clínico apropriado, qualidade dos registros e os exames laboratoriais solicitados dos usuários hipertensos e diabéticos serão monitorados e avaliados semanalmente, pela médica, juntamente com a enfermeira, com base nos prontuários clínicos e a ficha espelho que está sendo implantada na unidade com a intervenção. Todos os profissionais que prestarem atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos preencherão a ficha para complementação dos dados.

A verificação da estratificação de risco por ano, o cumprimento da periodicidade das consultas e necessidade de atendimento odontológico, será feita semanalmente através dos dados contidos nas fichas-espelho, preenchidas pelos profissionais da UBS. Também será monitorada a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo, higiene bucal. Como estratégia para o cumprimento dessas orientações será a realização por uma equipe multiprofissional, formada pela médica, enfermeira, nutricionista, psicóloga, as quais realizarão encontros mensais de grupos, para troca de informações, vivências, relativas às suas doenças.

### **Eixo de organização e gestão do serviço**

No que tange a organização e gestão do serviço de registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa e necessidades de medicamentos será utilizado um arquivo, como meio de organização, para se ter o registro total dos casos, a ficha-espelho será preenchida pela técnica de enfermagem e armazenada junto a UBS.

Para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) propiciando agilidade, esse será

realizado diariamente, pelas profissionais da equipe o acolhimento, tendo como responsável a enfermeira. O acolhimento poderá ser feito durante a consulta ou em qualquer uma das salas apropriadas para essa ação na UBS.

Para realizar o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, será feita uma revisão diária pelas integrantes da equipe, as quais solicitarão a substituição dos equipamentos e insumos, caso haja necessidade.

A organização e capacitação dos profissionais serão feitas de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, tendo como responsável a médica e a enfermeira, tendo como base, sempre a versão atualizada do protocolo impresso, com uma frequência semanal.

Para garantir a solicitação dos exames complementares e estabelecer sistemas de alerta, se realizará o atendimento clínico diariamente, tendo estruturado o sistema de registro (ficha-espelho) que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização da consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, baseado nas informações do prontuário. Sendo que cada ficha que apresentar uma dessas situações será marcada em vermelho para que se possa realizar a busca desses usuários. Serão realizadas consultas de seis em seis meses para controle e seguimento destes indivíduos.

Realizar-se-á semanalmente, pela enfermeira, odontólogo do município e a médica a avaliação da necessidade de atendimento odontológico que através de uma agenda de saúde bucal será previsto a realização de atendimento aos hipertensos e diabéticos na Unidade de Atendimento Odontológico do município. Será verificada junto com o odontólogo a disponibilidade de atendimentos aos usuários da área de abrangência da nossa unidade de saúde.

Ainda será organizada a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e de faltosos, semanalmente, pela enfermeira, com base nas informações oriundas das ACSs. Para viabilizar as ações será aumentada a frequência de acompanhamento domiciliar, levando em conta os indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral e outras complicações,

essas visitas serão realizadas pela médica e enfermeira, as quais também serão responsáveis pela gestão. Isso se dará com visitas semanais, com ajuda das ACSs, que farão visitas diárias, com o objetivo de aproximar e aperfeiçoar o atendimento dos usuários. Terão preferência de atendimento os usuários que se encontram num estado mais delicado, idosos e deficientes.

Para manter as informações do SIAB atualizadas será pactuado com a equipe, o registro das informações necessárias que são revisadas mensalmente pelas ACSs, tendo como responsável, a enfermeira, que leva ao coordenador, junto a Secretaria Municipal de Saúde.

### **Eixo de engajamento público**

Para o cumprimento do objetivo da função pública, através da interação e engajamento público, iremos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde através dos meios de comunicação e Agentes Comunitárias de Saúde, que representam o enlace entre a UBS e a comunidade.

Essas informações têm como objetivo orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, a importância de realizar avaliação da saúde bucal, realização das consultas, direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, nível de risco e à importância do acompanhamento regular, importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e existência de tratamento para abandonar o tabagismo, as quais serão desenvolvidas pelas profissionais da equipe juntamente com uma equipe multiprofissional. Para as ações educativas e acompanhamento dos usuários teremos a disponibilidade da equipe formada por assistente social, dentista, enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional.

Serão formados diversos grupos de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, devido às especificidades das doenças e às necessidades de orientações. Os encontros se darão uma vez ao mês para cada grupo, sendo responsabilidade das ACSs, oferecer no primeiro encontro o cartão de controle de hipertensão e diabetes mellitus, para uso próprio.

Outro ponto que será realizado durante a intervenção é um mutirão para cadastramento dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, será



feito na unidade, com a participação de todos os profissionais, diariamente, num determinado período de tempo, não precisando assim manter a unidade fechada já que vamos disponibilizar também essa ação em um sábado de cada mês para as pessoas que trabalham e não podem comparecer na unidade durante a semana.

### **Eixo de qualificação da prática clínica**

Para podermos prestar um serviço público de qualidade e atingir o maior número possível de atendimentos aos usuários, atuando tanto na fase de prevenção quanto na remediação, se faz necessário a qualificação da prática clínica através de capacitações para os profissionais da equipe, com o foco no cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, além da realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Além disso, serão trabalhados assuntos como a realização de exame clínico apropriado, seguindo o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, atualização do profissional no tratamento da hipertensão, orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular.

Para cumprimento destas ações temos como estratégia oferecer oficinas para treinamento das ACSs com respeito ao tabagismo, hipertensão, diabetes, alcoolismo, dieta saudável, obesidade, fatores de risco, atividades físicas, prevenção e tratamento destas doenças crônicas não transmissíveis. Esta estratégia será feita semanalmente, em reuniões com toda a equipe, tendo como base o protocolo para a Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Metas relativas ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus, nossa unidade vai adotar o manual técnico do Ministério para hipertensão de 2013 e de diabetes mellitus de 2013. Utilizaremos prontuários clínicos, a caderneta do idoso e carteirinha do grupo de saúde, nesse caso, os prontuários não preveem a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, para que a equipe possa coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será utilizada uma ficha complementar, a ficha espelho (ANEXO A), e um livro de registro que avalie todos os indicadores necessários.

Estimamos alcançar com a intervenção os 365 indivíduos com hipertensão e pelo menos 81 diabéticos de nossa área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 365 fichas espelho necessárias para hipertensos e 81 para diabéticos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será realizada monitoramento através do SIAB (sistema de informação da atenção básica).

Com o objetivo de organizar o registro específico do programa, a equipe revisará o livro de registros, identificando indivíduos que vieram a consulta para o seguimento e controle de hipertensão/diabetes nos últimos seis meses. Cada profissional localizará o prontuário desses indivíduos e transcreverá todas as informações disponíveis nele, para a ficha-espelho e livro de registro. Ao mesmo tempo, se realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. As ACSs farão busca ativa dos hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se 30 por semana, totalizando 120 por mês. Ao fazer a busca, já agendará ao usuário para um horário de sua conveniência.

Para o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados com realização de exames clínicos e laboratoriais, acesso aos medicamentos da Farmácia popular/HIPERDIA, atendimento odontológico, cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, verificação da estratificação de risco por ano, realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre riscos ao tabagismo, orientação sobre higiene bucal, no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, temos como responsáveis a médica, enfermeira e as técnicas de



enfermagem, com a ajuda dos prontuários e livro de registros, que serão avaliados semanalmente.

Para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM que procurarem o serviço, será disponibilizada a escuta das problemáticas que será feita pela técnica de enfermagem e enfermeira. Usuários com problemas agudos serão atendidos no momento de chegada à UBS terão prioridade para agendamentos de consultas, principalmente para aqueles indivíduos idosos, já que para o restante das faixas etárias não temos fichas de agendamento para eles.

Os usuários com hipertensão e diabetes que vierem à consulta, sairão da UBS com a próxima consulta agendada para acolher a demanda de intercorrências agudas, serão disponibilizados atendimentos de demanda espontânea sem necessidade de alterar a programação da agenda. Para agendar hipertensos e diabéticos da busca ativa serão reservadas 10 consultas por semana.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), realização do hemoglicoteste, solicitação dos exames complementares, realização dos exames complementares definidos no protocolo na unidade de saúde, temos como responsáveis, a enfermeira, juntamente com o gestor da secretaria municipal de saúde, agilizando e aprimorando a marcação de exames, tais como Raio-X de tórax, fundo de olho e eletrocardiograma. As técnicas de enfermagem realizarão a tomada dos sinais vitais, sendo que na consulta com a médica serão solicitados os exames por semestre.

Para realização de controle de estoque (incluindo a validade) de medicamentos será mantido um registro manuscrito, das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, quem ficará responsável por esta atividade serão as técnicas de enfermagem, com a revisão dos medicamentos na farmácia da unidade, semanalmente.

Para organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, a equipe responsável, a médica e a enfermeira, formularão um calendário, juntamente com os responsáveis pela unidade odontológico de nosso município com a finalidade de agendar os horários de atendimentos – mensalmente -, já que não possuímos esse atendimento em nossa unidade.

A organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, assim como, os indivíduos faltosos, será

realizada pela equipe completa da unidade, uma vez por semana, que conste no registro de visitas, onde são armazenadas as informações completas dos usuários que são acolhidos pela unidade, ou seja, escolheremos um dia da semana para revisarmos nossa agenda, que constam o registro dos usuários que compareceram ou não, e com essas informações, faremos as visitas domiciliares aos que não se fizeram presente na UBS.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento e pactuar com a equipe o registro das informações, a enfermeira, juntamente com as ACSs, será responsável. No que se refere ao tema de engajamento público para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, temos como responsável, a equipe em conjunto com os membros da comunidade.

Faremos contato com a associação de moradores e representantes da comunidade, nos 3 salões da nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância do seguimento e controle de hipertensão e/ou diabetes mellitus. Solicitaremos apoio da comunidade, no sentido de ampliar a assistência desses usuários e alertar sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, para evitar futuras complicações cerebrais, cardiovasculares e renais. Realizaremos esses contatos, agendando reuniões de acordo com a disponibilidade dos moradores de cada comunidade.

Iremos apresentar vídeos, palestras, slides, sempre com a utilização de um projetor, um notebook, uma tela de projeção e duas aparelhagens de som, que possuímos na UBS, para a montagem desses equipamentos contamos com a ajuda da técnica em enfermagem para instalar os equipamentos nos lugares adequados.

Para finalizar, serão realizadas ações sobre qualificação da prática clínica, dessa forma será realizada uma capacitação das ACSs e da equipe para a utilização do protocolo de atendimento dos hipertensos e diabéticos. Será feita a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, para que toda equipe utilize esta referência na atenção básica a estes usuários. Ocorrerá na própria UBS, no horário da reunião da equipe, para treinamento e conhecimentos básicos destas doenças. Serão reservadas duas horas por semana, onde cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e irá expor o conteúdo aos outros membros da equipe, para melhorar o trabalho com relação ao atendimento dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção visou melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na ESF Hermany município de Ibirubá/RS, Brasil, aconteceu entre os meses de abril e julho do ano de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas inicialmente, no entanto, com a finalização do projeto percebeu-se que não seria possível devido às férias previstas para o período, sendo que após as férias ainda trabalhou-se no projeto e definiu-se que seria dentro de 12 semanas. Assim a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil.

Dentre as ações previstas no projeto, a primeira a dar cumprimento foi a elaboração do livro de registro e ficha complementar para coletar indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Com respeito ao acolhimento e atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos nessas primeiras semanas, houveram muitas situações positivas e negativas. Todos os usuários foram acolhidos pelas profissionais da equipe, sendo verificados seus sinais vitais antes de cada consulta. Cada consulta durou aproximadamente 30 minutos, os usuários foram orientados sobre os hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool, controle do peso corporal, realização de atividades físicas, posologia dos medicamentos de uso contínuo, como reconhecer sinais de complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), avaliação de atendimento odontológico, medidas de prevenção no cuidado dos pés para evitar úlceras e amputação. Ao concluir cada

consulta, foram agendados retornos dos usuários para uma nova avaliação em seis meses, com os resultados dos exames solicitados.



Figura 2: Atendimento médico aos usuários do programa.

No que se refere ao aspecto negativo nessas primeiras semanas, foi a demora com que os usuários adentravam nas consultas, em virtude da campanha de vacinação e reestruturação dos prontuários, ou seja, quando o indivíduo chegava a unidade a enfermeira, junto com as técnicas de enfermagem, preenchiam o prontuário desse indivíduo e após concluído, o mesmo era armazenado por ordem familiar (todos da mesma família numa pasta), que foi arquivada numa estante, de acordo com as regiões de abrangência de cada agente de saúde.

Fortalecendo o aspecto negativo dos atendimentos, alguns usuários não realizaram os exames solicitados em consultas anteriores, alegando esquecimento e demora na realização. Foram indicados novamente e demos orientação quanto as consequências do não controle da doença com base nos exames. Como estratégia, utilizamos um método muito simples, a cada consulta, elaboramos lembretes contendo todas as orientações para as consultas advindas.

Não houve nenhuma intercorrência no que se refere ao contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática no seguimento e controle de hipertensão e diabetes mellitus solicitando apoio da comunidade, para ampliar a assistência desses usuários e alertar sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional e para as demais estratégias que foram implementadas. Realizamos diversos encontros nas comunidades, trocas de conversas, conseguimos uma ampla participação da população, o que nos deixa muito satisfeitos, conforme a figura 3.



Figura 3: Atividades de grupo de saúde da ação programática.

Todas as semanas foram realizadas sem dificuldade, cadastramentos dos indivíduos hipertensos e diabéticos na nossa área de abrangência no programa, assim como busca ativa dos faltosos as consultas, sendo que estes representam uma parcela muito pequena da população.

Para organizar a agenda de saúde bucal, juntamente com os responsáveis pela unidade odontológica, para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos, no início dos contatos, encontramos dificuldades, já que os mesmos não estavam disponíveis para nos atender para combinarmos como seria o processo, porém, obtivemos êxito e conseguimos agendar e conversar com esses responsáveis. Foi decidido que os atendimentos seriam no horário da manhã e os indivíduos previamente comunicados pela Agente Comunitária de Saúde de que havia consulta agendada.

Também, como parte do projeto de intervenção, tivemos reuniões com o gestor da saúde municipal, para garantir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo. Num primeiro momento, não conseguimos realizar a reunião, já que o gestor tinha compromissos pré-agendados junto a coordenadoria de saúde. Mas, por fim, conseguimos nos reunir e explicar ao gestor o proposto e nos garantiu prioridade na realização de exames para os indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes, principalmente aqueles que possuem dificuldades financeiras de grande porte.

Outra pauta da reunião com o gestor foi o estabelecimento de parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nas atividades

realizadas com o grupo populacional. Foi realizado o encontro com educador físico na última semana da intervenção, foram desenvolvidas atividades físicas, explicações, troca de ideias entre os usuários e o profissional convidado, dicas para ter melhor saúde. Ao finalizar, demonstraram-se para os usuários as formas de atividades físicas para prevenir dores quando chegar na melhor idade. A equipe ficou muito satisfeita com essa experiência vivenciada. Foi realizado, sem dificuldades, o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos para o registro de necessidades dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. E também, conferido e garantido o material adequado para tomada da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste. As informações do SIAB foram atualizadas nesses três meses de intervenção sem dificuldades enfrentadas.

Realizamos nessas semanas diversas visitas domiciliares nas regiões de cobertura de nossa unidade básica de saúde, infelizmente, não conseguimos atingir todas, já que muitas delas estão no interior do município e as fortes chuvas nos impediram de chegar até nosso destino.

Todas as semanas foram realizadas com sucesso, as reuniões de equipe, capacitando todos os profissionais da equipe com respeito as atividades de cadastramento dos indivíduos portadores de HAS/DM, manual técnico para o controle destas doenças crônicas, estabelecimento das atribuições de cada membro da equipe na ação programática, treinamento das ACSs (Agentes Comunitárias de Saúde) para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos, organizando agenda no acolhimento dos hipertensos e diabéticos, assim como avaliação da necessidade de atendimento odontológico desses indivíduos cadastrados na UBS.





Figura 4: Equipe de saúde da ESF Hermany.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Dentre essas ações, está a atividade com a presença da nutricionista, que não pode ser concretizada, pois a mesma não pode se fazer presente, devido a compromissos diversos. Acredita-se que mesmo com a finalização da intervenção, essa atividade será incorporada à rotina diária da unidade, procurando estratégias para melhorar ainda mais a qualidade no controle da hipertensão e diabetes.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não houve até o momento, dificuldades no preenchimento da planilha da coleta de dados para o controle dos hipertensos e diabéticos. Até o presente, conseguimos cadastrar 365 usuários hipertensos e 79 diabéticos, com muito empenho das agentes comunitárias de saúde, que são as profissionais que possuem o contato mais frequente e direto com os indivíduos de suas respectivas áreas de abrangência. No cálculo dos indicadores, ou seja, o número total de diabéticos com 20 ou mais anos residentes na área de abrangência é de 90 e só conseguimos acompanhar pela unidade 79 usuários diabéticos representando um percentual de 87,8% faltando 2% para atingir a meta proposta.

Com respeito aos usuários hipertensos foi proposto cadastrar 100% desses usuários na unidade, o que se comparar pela estimativa dos dados estaduais, significa que atingimos o total de indivíduos hipertensos propostos, não sendo assim

nos dados federais que pelo caderno de ações programáticas tinha-se que cadastrar 535 e só cadastramos pela unidade 365 representando 68% do total.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Identifica-se que as ações desenvolvidas estão sendo integradas nas atividades do cotidiano da equipe e assim da UBS, pois se precisa manter um melhor controle dessas doenças.

Está bem organizado o livro de agendamento e nossos prontuários com descrição detalhada do exame físico, exames de controle, atividades educativas, etc. Tudo vai continuar sendo feito com a mesma qualidade e responsabilidade, pois acreditamos que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças que possuem uma alta prevalência e com fatores de risco modificáveis sobre os quais podemos atuar para melhorar, garantindo a qualidade de vida e sobrevivência dos usuários acometidos.

Alguns usuários ficaram com exames pendentes, outros com exames alterados, mas estamos realizando busca ativa e avaliação gradativa dos mesmos. Dando continuidade ao projeto pretendemos conseguir melhorar o atendimento odontológico da população, o qual vai depender de muito esforço em conjunto com a secretaria de saúde, realizando encontros com a equipe odontológica do município para agilizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, já que por agora não vamos ter esse serviço na UBS.

Temos planejado ampliar estas ações para toda a população e todos os programas de Atenção Primária em nossa comunidade, melhorar a comunicação com toda a população e aumentar o nível de informação em saúde da mesma, divulgaremos as atividades que estão sendo desenvolvidas com e para a comunidade, seus objetivos, metas e convidar a toda a população para participar, assim pretendemos integrar o indivíduo, a família e a comunidade.

Vamos apresentar nossa intervenção a secretaria de saúde e a prefeitura do município com nossos planos futuros para a população, dos quais vamos necessitar de muita ajuda para conseguirmos 100% dos nossos objetivos de realizar uma atenção humanizada e qualificada não só aos hipertensos e diabéticos mas também a 100% da população da área adstrita à unidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Na avaliação da intervenção apresentaremos e discutiremos sobre os resultados e aspectos pertinentes da atenção básica contextualizados na intervenção, bem como os enfrentamentos que fizemos durante a execução das atividades nas doze semanas de intervenção, considerando as especificidades da comunidade atendida pela equipe da UBS e também o contexto do serviço.

A intervenção de uma maneira global tratou da melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos adstritos à área de abrangência da ESF Hermany. Com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” de Diabetes Mellitus (caderno 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37) publicados pelo Ministério da Saúde em 2013 foram montadas as ações da intervenção.

No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 2.397 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 607 pessoas.

Embora segundo dados da Planilha de coleta de dados a estimativa de Hipertensos era de 365 e de Diabéticos 90 na área da unidade e segundo o Caderno de Ações Programáticas a estimativa é de 535 hipertensos e 153 diabéticos, a equipe realizou busca ativa em toda a população que mora na área de abrangência da unidade, visto que contamos com oito agentes comunitárias de saúde abrangendo toda a população da área adstrita da unidade e o número exato de hipertensos residentes na área é 365 hipertensos e de diabéticos 90, assim este será o parâmetro considerado para a intervenção.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

### Metas:

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Durante a intervenção foram cadastrados 365 (100%) hipertensos e 79 (87,8%) existentes na área de abrangência.

A partir de uma análise progressiva da cobertura temos que no primeiro mês foram cadastrados 133 (36,4%) hipertensos, no segundo mês 250 (68,5%) dos hipertensos e no terceiro mês 365 (100%) dos hipertensos da área, conforme abaixo.

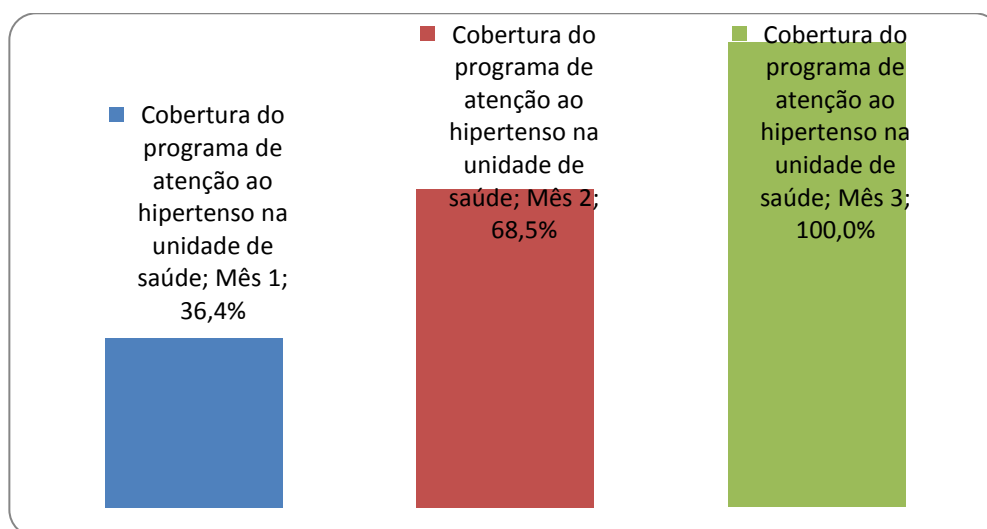


Figura 5: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde. Ibirubá/RS, 2015.

Na figura 6 observamos a relação dos diabéticos que foram cadastrados no primeiro mês 34 (37,8%) diabéticos, no segundo mês 57 (63,3%) diabéticos e no terceiro mês 79 (87,8%) diabéticos, faltando apenas 03 usuários para completar essa primeira meta, o que representa um percentual de 2,2%, não conseguindo alcançar o total proposto, devido aos indivíduos faltosos, principalmente do interior do município que em ocasiões era difícil ir até a unidade por causa das chuvas, além disso, o tempo previsto da intervenção que era de quatro meses e foi reduzido para três meses.

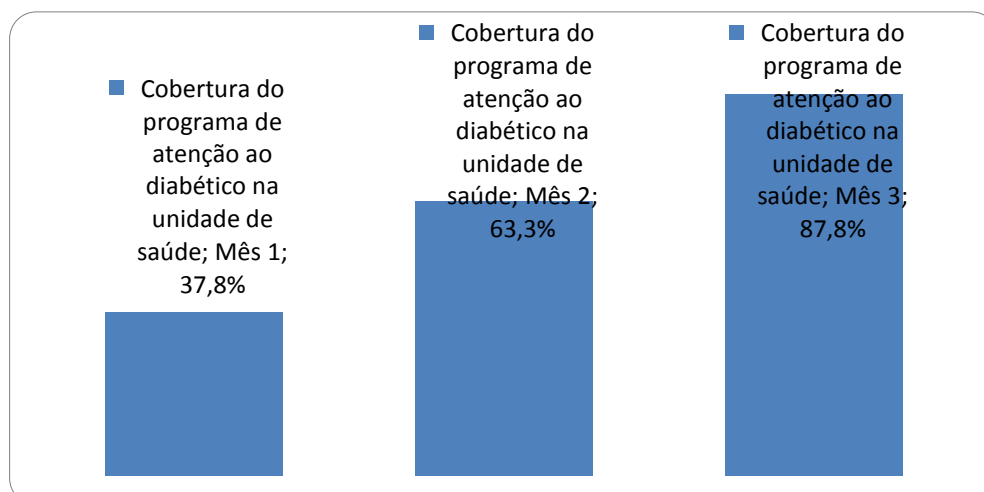


Figura 6: Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na Unidade de Saúde. Ibirubá/RS, 2015.

As ações que mais auxiliaram e contribuíram na captação das pessoas pertencentes ao programa foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pela equipe de saúde, o grande trabalho realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde que realizavam suas visitas domiciliares de rotina em suas respectivas microáreas, observando a presença do acompanhamento e local de seguimento dos hipertensos e diabéticos e orientando-os a realizar adequadamente seu tratamento na UBS, as visitas domiciliares realizadas pela equipe para seguimentos dos usuários que não conseguiram ir até a unidade, tudo isso graças a ajuda do secretário de saúde com a disponibilidade do transporte para as mesmas, também contribuiu para obter estes resultados as atividades de grupo realizadas, além da boa adesão dos usuários à UBS e à intervenção.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Conforme as figuras 7 e 8 em relação ao exame clínico para o total de hipertensos no primeiro mês foram realizados em 124 (93,2%), no segundo mês em 238 (95,2%) e no terceiro mês 349 (95,6%). Com respeito aos indivíduos diabéticos no primeiro mês foi realizado em 33 (97,1%) usuários, no segundo mês 54 (94,7%) e no terceiro mês 75 (94,9%). De acordo com o cumprimento dessa meta não foi atingido na sua totalidade já que muitos eram acolhidos nos grupos de saúde e

impossibilitou o exame clínico apropriado, além disso, a maioria por ser população do interior do município não tinham como se deslocar até a unidade de saúde, devido as condições do tempo. As ações que contribuíram para atingir parcialmente a meta, foram as consultas baseadas nos protocolos para o controle destas doenças e as buscas dos indivíduos faltosos, os quais foram monitorados semanalmente.

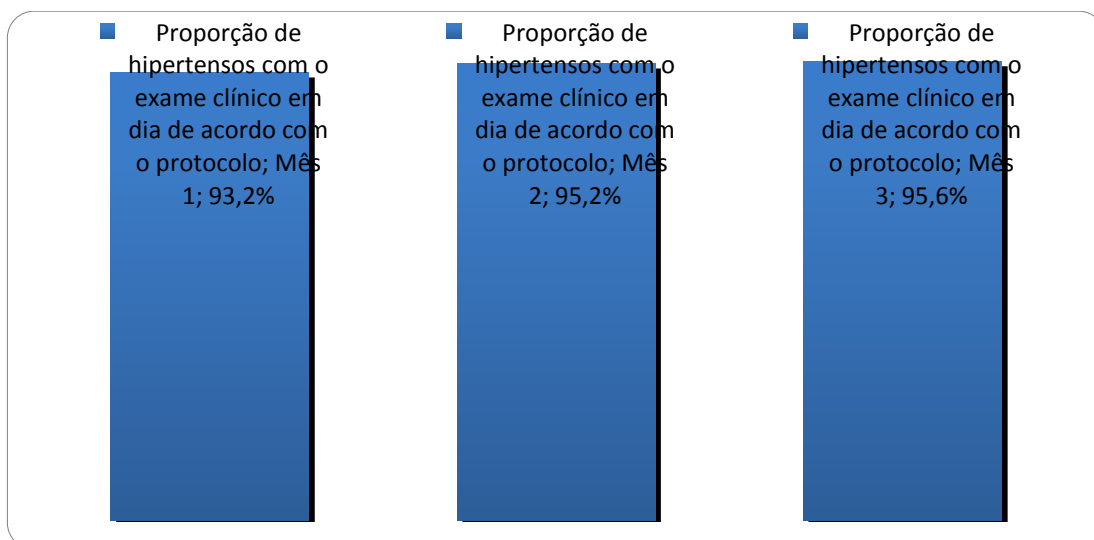


Figura 7: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo. Ibirubá/RS, 2015.

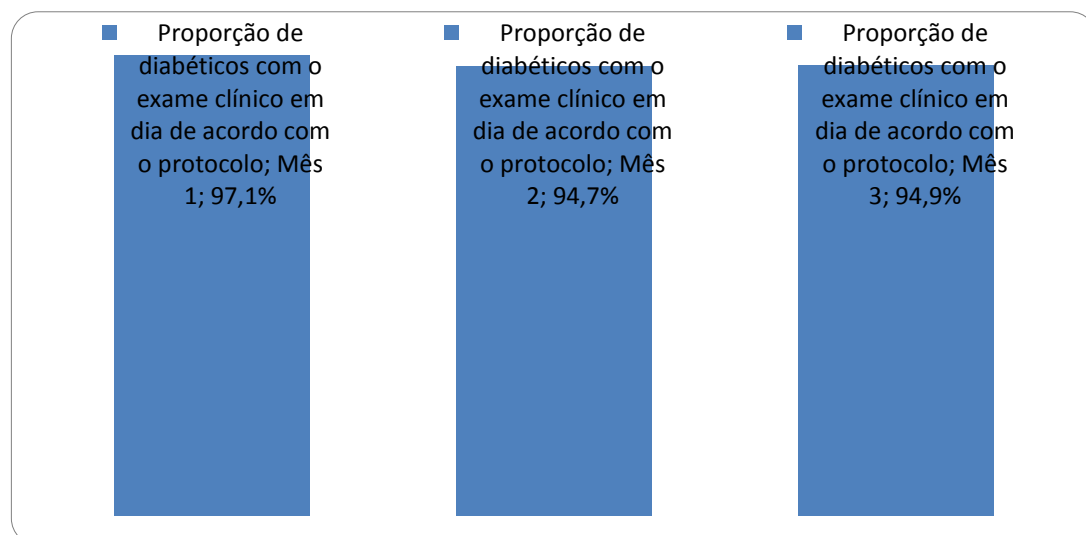


Figura 8: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Ibirubá/RS, 2015.

Contribuiu no alcance destes resultados o trabalho organizado e planejado da equipe de saúde, os agendamentos realizados para todos os hipertensos e diabéticos da área, o trabalho e ajuda de nossas técnicas de enfermagem e a enfermeira com o acolhimento dos usuários, assim como a revisão sistemática pela

equipe das fichas-espelhos e prontuários dos usuários monitorados e avaliados pela médica e a enfermeira.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No que se refere a esta meta nos indivíduos hipertensos que realizaram exames complementares em dia no primeiro mês foram 99 (74,4%), no segundo mês 208 (83,2%) e no terceiro mês 313 (85,8%), conforme a figura 09. Em relação aos indivíduos diabéticos no primeiro mês 26 (76,5%) usuários realizaram exames complementares em dia, no segundo mês 44 (77,2%) e no terceiro mês 64 (81%), segundo a figura 10.

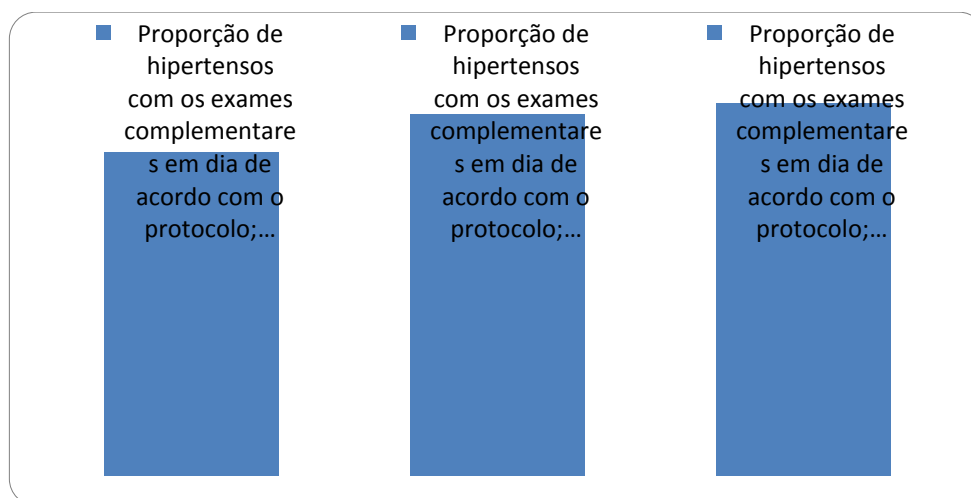


Figura 09: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ibirubá/RS, 2015.

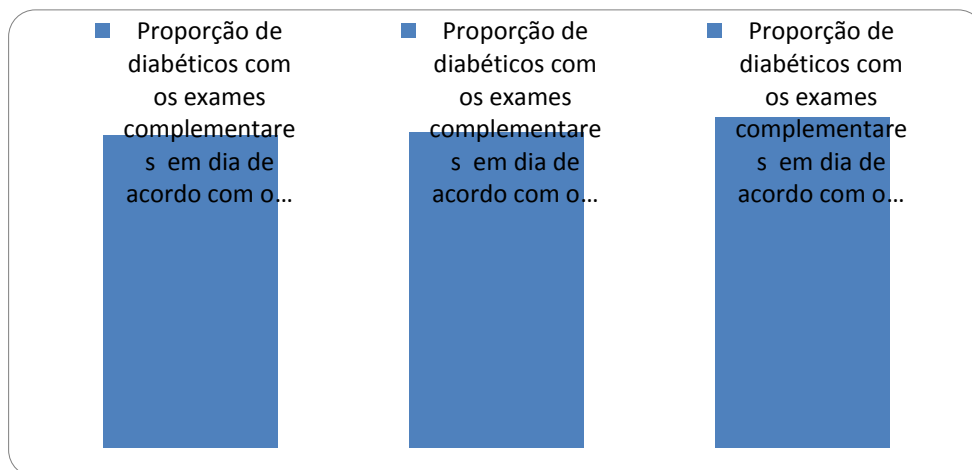


Figura 10: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ibirubá/RS, 2015.

As metas não foram atingidas na sua totalidade devido aos indivíduos faltosos, que muitas vezes, esqueciam de retornar a unidade para mostrar o resultado dos exames, somado com a dificuldade que enfrentamos até conseguirmos conversar com o gestor e definir a prioridade desses exames e o fator negativo de que muitos usuários não carregavam junto na consulta os resultados dos referidos exames para cada consulta.



Figura11. Realização de exames em atividade de grupo de saúde.

Em relação a essa ação o que mais ajudou foi o acordo de facilitar a realização desses exames com a Secretaria Municipal de Saúde, a qual ampliou a disponibilidade dos exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, triglicerídeos, ureia, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário), como se observa na figura 11. Além disso, foi estabelecida a estratégia de indicar novamente os exames e demos



orientação quanto às consequências do não controle da doença com base nos exames. Como estratégia, utilizamos um método muito simples, a cada consulta, elaboramos lembretes contendo todas as orientações para as consultas advindas.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação a garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular, nos indivíduos hipertensos e diabéticos conseguimos nos três meses alcançar o total proposto, sendo que no primeiro mês foram prescritos para 133 (100%) hipertensos, no segundo mês 250 (100%) e no terceiro mês 365 (100%). Assim mesmo aconteceu com os usuários diabéticos no primeiro mês 34 (100%), no segundo mês 57 (100%) e no terceiro mês 79 (100%).

Conseguimos nesses três meses trocar e prescrever medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos usuários hipertensos e diabéticos, alcançando o controle da doença. Contribuiu também para alcançar estes resultados as atividades educativas realizadas na comunidade, com as quais foram mudados estilos de vida de muitos deles e a classificação de cada usuário de acordo com os riscos, o qual nos permitiu reajustar os tratamentos e o controle dos usuários.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

A avaliação odontológica, preconizada pelo MS, nos indivíduos hipertensos foi realizada no primeiro mês em 133 (100%) usuários, no segundo mês 250 (100%) e no terceiro mês da intervenção 365 (100%). Já para os diabéticos tiveram no primeiro mês essa avaliação 34 (100%) usuários, no segundo mês 57 (100%) e no terceiro mês 79 (100%).

Para organizar a agenda de saúde bucal, juntamente com os responsáveis pelo posto odontológico foi realizado o atendimento dos hipertensos e diabéticos, no

início dos contatos, encontramos dificuldades, já que os mesmos não estavam disponíveis para nos atender para combinarmos como seria o processo, porém, obtivemos êxito e conseguimos agendar e conversar com esses responsáveis. Foi decidido que os atendimentos seriam no horário da manhã e os indivíduos previamente comunicados pela Agente Comunitária de Saúde e as Técnicas de enfermagem de que havia consulta agendada. Vale destacar que o trabalho em conjunto destas profissionais nos agendamentos destes usuários foi conseguido através de ligações.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Metas:**

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação à meta “buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada”, conseguimos realizar a busca ativa dos 9 (100%) usuários hipertensos e 1 (100%) usuário diabético faltosos as consultas no mês 1, 12 (100%) usuários hipertensos e 3 (100%) diabéticos no mês 2 e no terceiro mês 16 (100%) hipertensos e 4 (100%) diabéticos. Conseguimos atingir a meta proposta, a atividade facilitadora para a obtenção desses resultados foi a busca ativa pelas ACSs e da equipe toda, seu comprometimento no dia a dia com o projeto, as palestras e orientações realizadas por toda a equipe da UBS para resgatar os usuários que estavam com seu acompanhamento comprometido por absenteísmo.

Além disso, os principais fatores que favoreceram o resgate destes usuários foram a estabilidade da equipe na UBS e os agendamentos realizados nas visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde, com o apoio da secretaria de saúde com o transporte para as visitas domiciliares.

**Objetivo 4:** Melhorar registros das informações.

**Metas:**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação à meta “realizar registro adequado na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos” não conseguimos atingir a meta, onde pôde-se observar que 124 (93,2%) dos usuários hipertensos e 33 (97,1%) dos diabéticos no primeiro mês, assim como no segundo mês 238 (95,2%) hipertensos e 54 (94,7%) diabéticos e no terceiro mês 349 (95,6%) hipertensos e 75 (94,9%) diabéticos contavam com um registro adequado na ficha de acompanhamento, conforme as figuras 12 e 13 respectivamente.

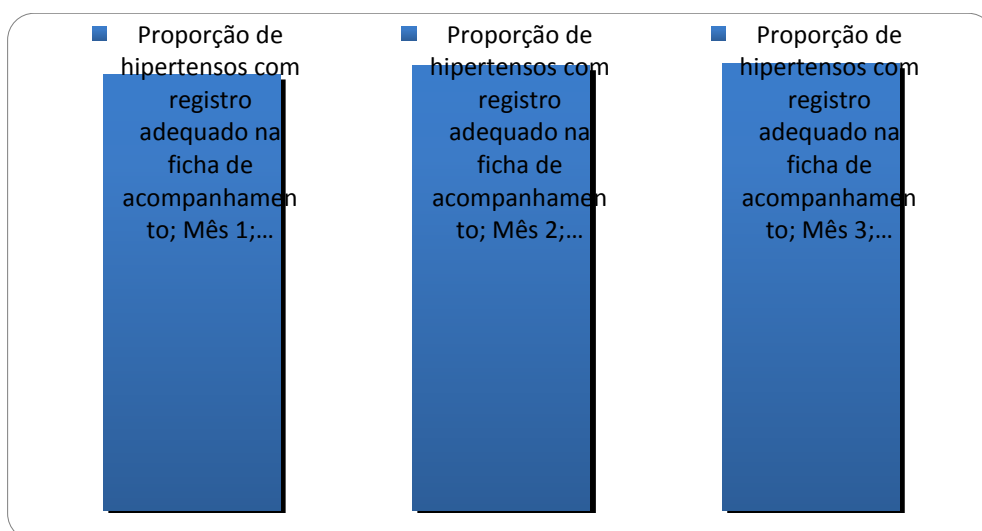


Figura12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ibirubá/RS, 2015.

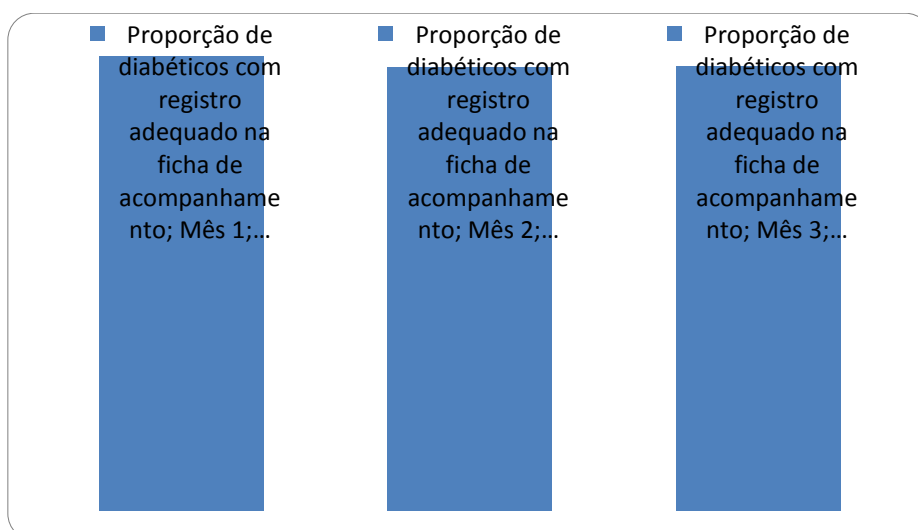


Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ibirubá/RS, 2015.

Os principais fatores que influenciaram para não alcançar a meta proposta foi que muitos acolhimentos eram realizados nos grupos de saúde, outros nas suas casas e muitos usuários como esqueciam de trazer os resultados dos exames complementares as consultas agendadas não conseguíamos ter as fichas-espelho 100% atualizadas, além de que alguns registros eram incompletos.

Tivemos a facilidade de contar com tempo do material impresso – das fichas-espelhos para o registro adequado dos usuários e conseguimos completar o registro com as informações dos novos usuários cadastrados e com as informações dos usuários atendidos desde o início da intervenção. Para alcançar esses resultados tivemos a contribuição do secretário de saúde que nos ajudou na impressão dos documentos, contribuiu também toda a equipe em sua ajuda para preencher os registros e fichas-espelhos dos usuários, na revisão contínua das mesmas, nas visitas domiciliares onde também foram preenchidos dados, graças a capacitação realizada com a equipe sobre os preenchimentos das planilhas de coleta de dados e fichas de acompanhamentos dos usuários.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Metas:**

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foi estabelecido como meta realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Conforme as figuras 14 e 15, se observa que no primeiro mês foi avaliado o risco em 124 (93,2%) usuários hipertensos e 33 (97,1%) diabéticos no primeiro mês, assim no segundo mês 238 (95,2%) hipertensos e 54 (94,7%) diabéticos e no terceiro mês 349 (95,6%) hipertensos e 75 (94,9%) diabéticos.

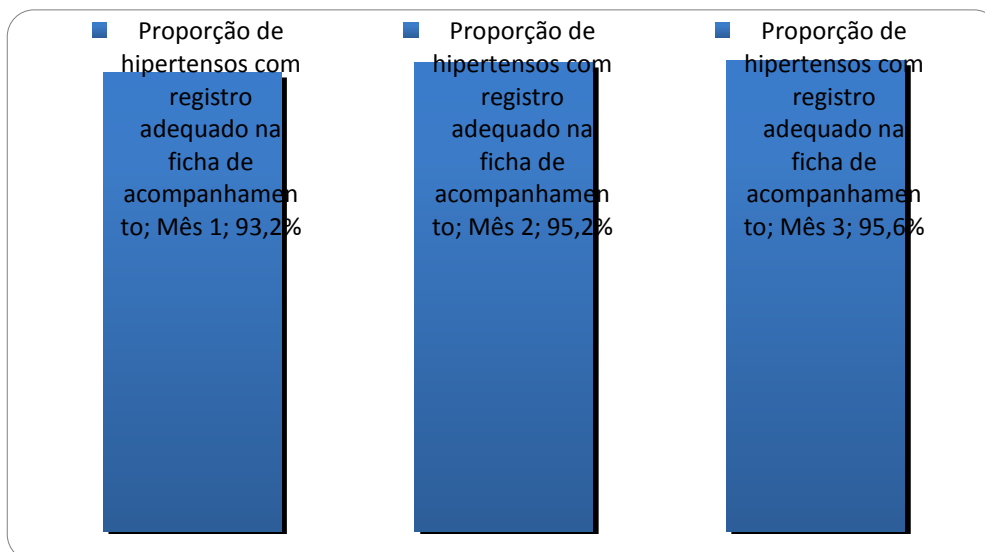


Figura 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ibirubá/RS, 2015

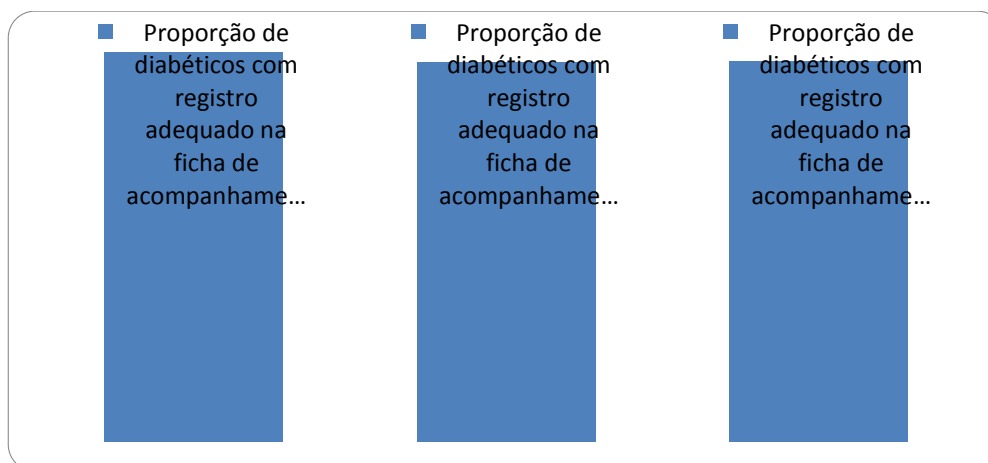


Figura 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ibirubá/RS, 2015.

Essas metas não foram cumpridas baseadas nos mesmos argumentos do exame clínico em dia e no registro adequado na ficha de acompanhamento.

Conseguimos alcançar estes resultados durante o acompanhamento contínuo dos hipertensos e diabéticos, as visitas domiciliares e persistência da equipe para a realização dos exames e dos agendamentos realizados com os quais avaliamos a todos os usuários.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas:**

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Em relação à promoção de saúde foi estabelecido como metas garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos, orientação em relação à alimentação saudável, à prática de atividade física regular e aos riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

As orientações sobre higiene bucal foram oferecidas a 100% dos hipertensos e diabéticos, sendo estas realizadas pelo médico, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde nas consultas, meta que foi atingida a 365 (100%) dos hipertensos e 79 (100%) dos diabéticos, apesar de não termos os profissionais odontológicos na UBS.

O indicador comportou-se da seguinte forma: No primeiro mês realizamos a orientação sobre higiene bucal a 133 (100%) hipertensos e 34 (100%) diabéticos avaliados, no segundo mês 250 (100%) hipertensos e 57 (100%) diabéticos dos avaliados e no terceiro mês os 365 (100%) hipertensos e 79 (100%) diabéticos avaliados.

Conseguimos atingir esta meta no transcurso de toda a intervenção, com a participação de toda a equipe, a parceria com as profissionais da equipe odontológica, as agentes comunitárias de saúde, as técnicas de enfermagem e eu, como médica da UBS nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, também fizemos atividades educativas orientando a população quanto a manter uma

adequada higiene bucal, escovar os dentes corretamente e a importância de ter um seguimento continuado com a odontóloga.

As orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem orientação nutricional sobre alimentação saudável, práticas de atividade física e sobre riscos do tabagismo foram realizadas para 365 (100%) dos hipertensos e 79 (100%) dos diabéticos, seja no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas de HIPERDIA, nas atividades de grupos e nos atendimentos pelas diferentes microáreas da UBS, de acordo com a figura 16. Dessa forma as metas propostas foram atingidas integralmente em todos os meses da intervenção. Também contribuíram para alcançar estas metas as palestras realizadas pela nutricionista da secretaria de saúde nas microáreas da UBS e as realizadas durante o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos.



Figura 16 :Atividade de grupo de saúde da ação programática.

As orientações em relação a práticas de atividade física regular foram realizadas também para 365 (100%) hipertensos e 79 (100%) diabéticos, realizando a orientação no primeiro mês 133 (100%) hipertensos e 34 (100%) diabéticos avaliados, no segundo mês 250 (100%) hipertensos e 57 (100%) diabéticos e no terceiro mês os 365 (100%) hipertensos e 79 (100%) diabéticos avaliados, contribuindo toda a equipe atingir esses resultados, através dos acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares, atividades de grupos e caminhadas realizadas, além dos painéis colocados na UBS e na comunidade. Também graças à parceria com educador físico onde foram desenvolvidas atividades físicas,

explicações, troca de ideias entre os usuários e o profissional convidado, dicas para ter melhor saúde, conforme o observado na figura 17.



Figura 17: Atividade com educador físico.

As orientações sobre os riscos do tabagismo foram realizadas para 365 (100%) dos hipertensos e 79 (100%) dos diabéticos, realizando a orientação no primeiro mês a 133 (100%) hipertensos e 34 (100%) diabéticos avaliados, no segundo mês 250 (100%) dos hipertensos e 57 (100%) dos diabéticos avaliados e no terceiro mês os 365 (100%) hipertensos e 79 (100%) diabéticos avaliados, contribuindo toda a equipe para conseguir estes resultados, através dos acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de grupos, além dos painéis colocados na UBS e na comunidade sobre os danos provocados pelo fumo.

Os resultados apresentados deslumbram diversos aspectos que estão relacionados aos processos organizativos dos serviços de Atenção Primária à Saúde, os quais estão diretamente relacionados a melhoria de condições de saúde da população, revisão de processo de trabalho, articulação com a gestão municipal, bem como iniciativas de ações intersetoriais. Os resultados serão discutidos a seguir.



## 4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, facilitou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, promovendo também, hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool, controle do peso corporal, realização de atividades físicas, posologia dos medicamentos de uso contínuo, como reconhecer sinais de complicações de HAS e DM, avaliação de atendimento odontológico.

É importante destacar que a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e das agentes comunitárias de saúde, cada uma com suas atribuições, conforme segue:

- Agentes comunitárias de saúde: Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes, orientando sobre as medidas de prevenção. Rastrear a hipertensão arterial e o diabetes mellitus e encaminhar à unidade de saúde os indivíduos rastreados como suspeitos. Verificar o comparecimento dos diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. Perguntar, sempre, se o mesmo está tomando com regularidade os medicamentos e se está cumprindo com as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. Registrar na sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de hipertensão e diabetes de cada membro da família.
- Técnicas de Enfermagem: Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde. Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco

cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes. Agendar consultas e reconsultas médicas para os casos indicados. Proceder as anotações devidas em ficha clínica. Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessário. Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade. Orientar aos diabéticos sobre automonitorização (glicemia) e técnica de aplicação de insulina. Fornecer medicamentos de controle de uso contínuo.

- Enfermeira: Capacitar as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar de forma permanente suas atividades. Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os hipertensos e diabéticos. Estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos). Encaminhar para consultas com o médico da equipe. Realizar também cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco. Realizar exame de glicose dos diabéticos a cada consulta e nos hipertensos não diabéticos uma vez ao ano.
- Médica: Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos – alvo, visando a estratificação do portador de hipertensão e diabetes. Solicitar exames complementares quando necessário. Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento com drogas. Prescrever tratamento não medicamentoso e medicamentoso. Programar junto com a equipe estratégias para educação do usuário. Encaminhar para unidades de referência secundária e terciária, as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave, com lesões importantes em órgãos alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva. Encaminhar para unidades de referência secundária, uma vez ao ano todos os diabéticos para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica. Encaminhar para unidades de referência secundária os usuários diabéticos com dificuldade de controle metabólico. Perseguir obstinadamente os objetivos e metas do

tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso).

Nota-se que antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Melhorou o aspecto estético e informativo da UBS, devido aos painéis feitos durante a intervenção.

Com relação ao impacto da intervenção, esse ainda é percebido pela minoria da comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém para alguns gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Representou a acessibilidade a saúde de uma forma gratuita e com equidade e qualidade, foi um passo muito importante já que pela primeira vez foi realizado um trabalho deste tipo com eles. Novos conhecimentos foram incorporados pelos usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade em geral que incorporou também hábitos e estilos de vida saudáveis.

Com a realização das atividades educativas, de promoção e prevenção em saúde, a comunidade ficou satisfeita com a intervenção e com nosso trabalho, conseguimos avaliar e dar seguimento de qualidade aos diabéticos e hipertensos existentes na área, não tivemos problemas durante os agendamentos e atendimentos dos usuários na UBS, conseguimos cobertura de atenção para quase todos os usuários da área. Acreditamos que a intervenção representou para a comunidade a segurança de que tem pessoas preocupando-se com a saúde do povo.

Seu eu fosse iniciar a Intervenção neste momento faria algumas ações diferente, primeiramente discutiria com a maioria ou toda a comunidade as ações a serem desenvolvidas, a maneira de implementação das mesmas e ouviria a opinião de toda a comunidade, assim como os objetivos e a importância destas intervenções não só para a população alvo, mas também para a comunidade de maneira geral, explicaria também o papel que tem a família como célula fundamental da

comunidade e o papel que desempenha esta sobre a situação de saúde do indivíduo e a comunidade.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Por fim, é fundamental dizer que a intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização na comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Além disso, a partir do próximo mês, continuamos com a programação definida pela equipe tendo como objetivo o controle dos indivíduos hipertensos e diabéticos como adaptação de nossa rotina diária de trabalho. Pretendemos implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama para melhoria da atenção à saúde da mulher e, desta mesma maneira qualificar a atenção ao pré-natal no serviço, programas que podemos levar simultaneamente sem dificuldade, ainda vamos continuar com a busca ativa de usuários com doenças crônicas não transmissíveis na nossa comunidade.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Gestor,

A equipe da ESF Hermany, de nosso município Ibirubá, esteve envolvida na realização de um trabalho de intervenção em Atenção Básica cuja população-alvo foram usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na respectiva Unidade de Saúde. Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS, para o qual adotamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, ambos do ano de 2013, que são protocolos do Ministério da Saúde mais atualizados. A atividade de intervenção foi realizada no período de três meses em conjunto com a comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

A escolha desta população alvo deu-se mediante a relevância epidemiológica e para a saúde pública das Doenças Crônicas, em especial a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, as quais podem ser prevenidas, ou quando já instaladas podem ser controladas a fim de evitarem complicações, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários, bem como diminuir as internações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde e relacionadas a essas duas doenças. Definimos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura destes usuários e desenvolvemos um conjunto de ações planejadas em um cronograma que com a realização delas lograríamos as propostas traçadas.

Durante a intervenção foi atingida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso e 87,8% do programa de atenção ao diabético na UBS, com a realização da busca ativa em toda a população da área de abrangência da unidade de saúde. Os hipertensos cadastrados foram 365 (100%) e usuários diabéticos

foram 79 (87,8%). A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, melhorando também a qualidade do seguimento e do registro das informações.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos com usuários hipertensos e/ou diabéticos, e com a comunidade em geral, aumentando o nível de conhecimento dos mesmos quanto a essas doenças e suas complicações. Conseguimos garantir as atividades de orientação nutricional, sobre alimentação saudável, assim como a importância da realização de atividades físicas (com apoio do educador físico), os danos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal (com apoio da equipe odontológica).

A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de exames clínicos completos, realização de exames complementares, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular. Conseguimos aumentar a adesão dos usuários ao programa e ao acompanhamento na UBS com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações realizadas, também houve ampliação do conhecimento da população sobre estas doenças, sua prevenção, tratamento adequado, controle e sobre como evitar suas complicações.

A intervenção propiciou também, ampliar os conhecimentos da equipe de saúde sobre estas doenças e organizar melhor o trabalho com os usuários. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais seriam suas atribuições seguindo os protocolos do Ministério de Saúde. A Equipe sabe identificar quando os usuários acompanhados estão controlados e quando não e se tem ou não uma doença cardiovascular ou complicações das mesmas.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, Acidente Vascular Cerebral. De forma geral, a intervenção melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS, assim como a organização de nosso trabalho na UBS.

Houve melhorias também no ambiente estético informativo da UBS. A Secretaria de Saúde garantiu a impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para irmos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e avaliação e também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários. Com o apoio da gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas.

Temos como metas continuar com nosso trabalho com toda a população em geral e atingir todos os programas da Atenção Primária à Saúde, tais como atenção a saúde do idoso, da criança, do homem, da mulher (pré-natal, puerpério), do adolescente.

Pretendemos conseguir melhorar, com a ajuda da gestão a atenção odontológica de nossos usuários e a qualidade de vida dos mesmos com uma atenção a saúde de qualidade, humanizada e desenvolvendo ações intersetoriais, ou seja, com o apoio da gestão municipal realizarmos parcerias com vários segmentos da sociedade, ampliando assim as intervenções de saúde de modo que contemple a lógica do processo de saúde doença e sua multicausalidade.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

### *À Comunidade da Hermany*

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Hermany do município de Ibirubá realizou recentemente um trabalho de intervenção que teve duração de 3 meses em conjunto com os principais líderes da comunidade e gestores do município. As ações foram direcionadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência, ou seja, a toda a população atendida na UBS que tinham pressão alta (os hipertensos) e/ou diabetes.

Para a realização deste trabalho de intervenção, foi feito um cronograma de atividades, no qual consiste em uma lista de ações que foram desenvolvidas cada semana durante os três meses da intervenção para melhorar a situação de saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, estas atividades como educação em saúde, a importância de realizar exercícios físicos, necessidade de comparecer às consultas na Unidade Básica de Saúde para acompanhamento destas doenças, a importância de ir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo ainda orientações sobre todos os danos provocados pelo tabagismo, assim como a realização de treinamentos para os profissionais que trabalham na UBS para assim ampliar ainda mais os conhecimentos destes, favorecendo um cuidado de qualidade para a população.

Nosso objetivo foi ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, ou seja, ampliar a frequência destes usuários à UBS e dar-lhes um seguimento adequado e com maior qualidade. Para isto, foi necessário fazer busca ativa deles, realizar visitas em suas casas e cadastrar estas pessoas com hipertensão e diabetes de nossa área.



Com a realização das ações que escrevi anteriormente, no final do terceiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 365 hipertensos e 79 diabéticos da comunidade. Eles e seus familiares receberam orientação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes. Aqueles usuários que não conseguiam chegar até o serviço de saúde foram atendidos nas residências com consultas agendadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde como, por exemplo, os idosos e outros menos idosos, que tinham dificuldades para se deslocar até a Unidade de Saúde.

Todos receberam atendimento clínico adequado, ou seja, foram realizadas consultas médica e os usuários foram avaliados também quanto as suas necessidades de atendimento odontológico, sendo que conseguimos em parceria com a equipe odontológica do município, este foi um fato marcante, já que não temos atualmente equipe odontológica na UBS, o que torna este atendimento para a comunidade, de certa forma como prejudicado.

No que se refere a realização de exames complementares pelo SUS, houve agilidade na autorização dos mesmos, não sendo assim na hora de mostrar os resultados que muitos esqueciam. Foram realizados exames complementares em dia em 313 (85,8%) pessoas e nos 64 (81%) diabéticos. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos de graça na Unidade de Saúde.

Para organizarmos o registro em prontuário e também termos as informações sobre toda a história de saúde dos usuários atendidos, foram preenchidos e completados os dados nas fichas individuais e nos prontuários de cada um dos usuários atendidos em consulta, sendo feito o acompanhamento regular seguindo os protocolos do Ministério de Saúde, os quais definem o intervalo entre uma consulta e outra, quais os medicamentos devem ser utilizados para o tratamento, quais os exames devem ser realizados e qual a sua periodicidade, além de definir as ações de promoção da saúde, como hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, diminuição do fumo.

Realizamos a avaliação do risco cardiovascular, que significa o risco de uma pessoa ter algum problema do coração, para cada usuário diabético e hipertenso, e fizemos a classificação para seu seguimento adequado e controle da doença, assim como também foram encaminhados para avaliação pelo cardiologista, endocrinologista e oftalmologista, os que necessitavam ser avaliados.

Foram feitas atividades de orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, que tiveram a participação não apenas

de usuários hipertensos e diabéticos, mas também de seus familiares e outras pessoas da comunidade que tem o risco de desenvolver as doenças. Garantimos a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal adequada, realizamos atividades nas comunidades, sendo que essas ações serão incorporadas a rotina da unidade e assim poder abranger um número ainda maior de usuários.

A comunidade, de forma geral, não apenas os hipertensos e diabéticos, ampliaram os conhecimentos sobre hipertensão e diabetes, sobre estilo de vida saudáveis, prevenção de complicações, controle das doenças, sobre os riscos do tabagismo e o álcool e o papel de cada um na prevenção e controle destas doenças.

A intervenção não gerou problemas para os demais usuários, ou seja, para aqueles que não são diabéticos ou hipertensos, pois eles foram atendidos adequadamente, o que não gerou problemas com os agendamentos na UBS.

A intervenção foi divulgada em quase toda a comunidade, seja nos atendimentos clínicos (consultas), nas visitas domiciliares e nas atividades de grupos das microáreas e também na UBS na recepção e na sala de espera, assim como nos painéis na UBS, além disso, contamos com o apoio dos principais líderes da comunidade, os quais tiveram conhecimento e participação em todo período da intervenção.

O principal ganho que obtivemos com a intervenção, além dos resultados obtidos na mesma, foi a adesão dos usuários e a comunidade em geral. À intervenção e a frequência a UBS o que também melhorou a inter-relação da equipe de saúde com a comunidade, a organização do trabalho na UBS e a qualidade de atenção à população.

Por enquanto, temos todas as condições para continuar trabalhando no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes na Unidade de Saúde, e avançar para outros programas, pré-natal e puerpério, programa de atenção ao câncer de colo de útero e de mama, atenção à pessoa com idade maior de 60 anos, melhorar a qualidade da atenção à saúde de toda a população da área de abrangência. Para isto, temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de palestras com os grupos criados até agora com a finalidade de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde e também envolver os gestores municipais para que tenhamos melhorias quanto ao acesso as ações e serviços de saúde em diferentes especialidades quando indicado

e também acesso em tempo hábil a exames diagnósticos. Vamos trabalhar em conjunto com a comunidade, escutando suas necessidades e demandas quanto a saúde e assim poder priorizar as ações de saúde a serem realizadas, para o qual temos que obter a criação do Conselho Local de Saúde na comunidade, temos que envolver representantes da comunidade em reuniões da UBS com a participação dos líderes da comunidade, onde são discutidas todas as questões referentes ao trabalho da UBS na comunidade, a organização do mesmo e o planejamento das atividades.

Vamos precisar do apoio da comunidade para a divulgação das atividades realizadas na UBS, apoiar com os locais para a realização das atividades de grupo, apoio na conscientização de familiares e usuários faltosos às consultas, principalmente no Programa de Prevenção e Controle do câncer de Colo de Útero e de Mama, Atenção à mulher grávida e criança menor de 1 ano.

Para que possamos ter melhoria na saúde da população que pertence à ESF Hermany precisamos realizar um trabalho conjunto, contamos com a comunidade, pois a equipe da UBS está a disposição e muito engajada para que os atendimentos sejam de qualidade e realizados continuamente, agradeço o apoio prestado pela comunidade e seus líderes comunitários ao longo da intervenção.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No decorrer do curso de especialização em saúde da família, meu desempenho foi de um comprometimento crescente, a cada dia de convivência com fatores teóricos transformados em prática com os usuários da minha ESF. No início do curso não tinha nem ideia de como seria essa experiência, apesar disso, estava muito curiosa e me adaptando com o sistema de saúde local e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, combinado com o curso virtual, o que me deixou muito empolgada nas atividades de rotina com minha equipe de trabalho, assim como, me superar profissionalmente, com mais este desafio.

Uma das minhas expectativas com respeito ao curso foi me aproximar mais da realidade dos problemas da minha UBS e buscar soluções para eles, depois de serem identificados, assim como exercitar o trabalho em equipe e ter ferramentas para a elaboração de um projeto para ser aplicado na UBS, já que dessa maneira, poderíamos dar prioridade aos principais fatores de risco que afetam a população, melhorar seu estilo e qualidade de vida levando assim uma boa atenção médica àqueles mais necessitados.

Fico muito feliz de ter tido a possibilidade de participar deste curso, o que também me possibilitou de interagir, também, com profissionais de outras cidades e conhecer as suas vivências sobre o trabalho de sua equipe nas UBSs locais. Acho uma vivência muito interessante como profissional de saúde.

Os estudos de prática clínica, a partir do Teste de Qualificação Cognitiva, o fórum de saúde coletiva, assim como os casos interativos, foram de grande contribuição para meu conhecimento e atualização pessoal. Propiciou conhecer e por em prática os protocolos do Ministério da Saúde para o cuidado dos usuários.

## Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]





**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

[illegible]

## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Aracelis Piñeda Londres, médica (RMS /RS), e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante